Deutscher Bundestag **Drucksache 16/5010**

16. Wahlperiode 12. 04. 2007

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Gisela Piltz, Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/4891 –

Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde die rechtliche Grundlage zur Einführung einer Telematik-Infrastruktur geschaffen. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hat dabei eine wichtige Funktion für den Aufbau der Infrastruktur. Sie muss neben den Daten, die bereits auf der heutigen Krankenversichertenkarte vorhanden sind, ein Bild des Versicherten sowie als weitere Pflichtanwendung die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form vorsehen. Darüber hinaus soll die elektronische Gesundheitskarte auf freiwilliger Basis die Speicherung von Notfalldaten ermöglichen, die Unterstützung der individuellen Arzneimittelsicherheit gewährleisten sowie in einem weiteren Schritt als Einstieg in die elektronische Patientenakte dienen.

Die Einzelheiten der Ausgestaltung wurden der Selbstverwaltung übertragen. Mittlerweile ist über die Bildung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (Gematik) eine organisatorische Struktur geschaffen worden, die für die Umsetzung nach Vorgaben einer Rechtsverordnung der Bundesregierung verantwortlich ist.

Eigentlich sollten bis zum 1. Januar 2006 rund 80 Millionen Versicherte mit der neuen Gesundheitskarte ausgestattet werden. Die flächendeckende Einführung der eGK ist bisher entgegen dem ursprünglichen Plan jedoch noch nicht erfolgt. Zurzeit laufen lediglich zwei Feldtests auf der Basis von jeweils ca. 10 000 Versicherten, die lediglich das Auslesen der Versichertendaten und noch keine Online-Zugriffe ermöglichen.

Im Endeffekt sollen 21 000 Apotheken, 123 000 niedergelassene Ärzte, 65 000 Zahnärzte, 2 200 Krankenhäuser sowie 250 gesetzliche und 50 private Krankenkassen über die neue Telematik-Infrastruktur miteinander vernetzt werden. Damit wird das Ziel verfolgt, die Versorgungsqualität, die Wirtschaftlichkeit und die Transparenz zu verbessern sowie die Patientenrechte zu stärken.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 10. April 2007 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundene Aufbau einer vernetzten IT-Infrastruktur leisten einen wichtigen Beitrag zur Modernisierung des Gesundheitswesens. Information und Kommunikation der Beteiligten im Gesundheitswesen können verbessert und dadurch Qualitäts- und Effizienzreserven nutzbar gemacht werden. Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wurden – beginnend mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – geschaffen. Die Testphase ist Ende 2005 mit Beginn der Labortests gestartet. Im Dezember 2006 begannen die ersten Feldtests in zwei Testregionen. Mittlerweile haben fast 20 000 Versicherte elektronische Gesundheitskarten erhalten. Die notwendigen Festlegungen für die Testphase trifft das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen einer Ersatzvornahme.

1. Wie beurteilt die Bundesregierung eine Speicherung der Gesundheitsdaten auf zentralen Servern insbesondere im Hinblick auf die Datensicherheit und den Grundsatz der informationellen Selbstbestimmung?

Eine netzbasierte Speicherung der Gesundheitsdaten wird nach den gesetzlichen Regelungen nur mit Zustimmung der Versicherten und darüber hinaus nur verschlüsselt erfolgen. Unbefugte Dritte können diese Daten nicht einsehen. Gesetzlich geregelt ist auch, dass der Zugriff auf Gesundheitsdaten – mit Ausnahme der Notfalldaten – nur erfolgen kann, wenn der Versicherte diesen durch technische Maßnahmen (z. B. persönliche Identifikationsnummer (PIN)) autorisiert hat. Diese und weitere Schutzmechanismen der Telematikinfrastruktur gewährleisten die Sicherheit der Daten.

2. Ist mittlerweile geklärt, wo später die elektronischen Patientenakten gespeichert werden sollen (auf der Gesundheitskarte oder auf einem Internet-Server)?

Die für die Testphase getroffenen Regelungen zur Speicherung von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte betreffen neben den administrativen Daten elektronische Verordnungen, die Notfalldaten sowie Daten zur Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung. Festlegungen zum Speicherort einer elektronischen Patientenakte sind bisher nicht getroffen. Aufgrund der Speicherkapazität auf der elektronischen Gesundheitskarte ist jedoch davon auszugehen, dass elektronische Patientenakten zukünftig netzbasiert gespeichert werden. Dabei wird es sich um Server handeln, die im Bereich der gesicherten Telematikinfrastruktur betrieben werden. Es handelt sich nicht um frei zugängliche Server wie einen Internet Server. Die Gesundheitskarte enthält den Sicherheitsanker zum Zugriff auf die verschlüsselten Daten.

3. Gibt es bereits eine Entscheidung, wer wann und wo auf welche Daten zugreifen darf, und wenn ja, wie sieht diese Regelung aus?

Die Zugriffsrechte auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte sind detailliert in § 291a Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt.

4. Welche Zugriffsmöglichkeiten für Krankenkassen auf diese Daten sind zulässig und in den Augen der Bundesregierung wünschenswert?

Eine Zugriffsmöglichkeit für Krankenkassen auf die mittels der Gesundheitskarte gespeicherten Gesundheitsdaten ist gesetzlich nicht zulässig (s. § 291a Abs. 4 SGB V). Eine missbräuchliche Nutzung der Gesundheitskarte ist mit einem strafbewehrten Verbot belegt (§ 307a SGB V). Das Verlangen eines unberechtigten Zugriffs oder die Vereinbarung hierüber erfüllt den Tatbestand der Bußgeldvorschrift des § 307 SGB V. Darüber hinaus sieht die Strafprozessordnung auch ein Beschlagnahmeverbot für die Daten vor, die auf der Gesundheitskarte gespeichert sind.

5. Wie soll sichergestellt werden, dass nur autorisierte Personen Zugang zu den Daten erhalten?

Die Sicherstellung, dass nur autorisierte Personen Zugang zu den Daten erhalten, wird insbesondere in § 291a Abs. 5 SGB V geregelt. Danach bedarf es für den Zugriff auf Gesundheitsdaten der elektronischen Gesundheitskarte – mit Ausnahme der Notfalldaten – einer technischen Autorisierung (z. B. PIN) des Versicherten. Darüber hinaus ist geregelt, dass der Zugriff nur mittels eines elektronischen Heilberufsausweises bzw. auf der Grundlage einer davon abgeleiteten technischen Authentifizierung erfolgen kann. Dabei müssen die letzten 50 Zugriffe jeweils protokolliert werden.

6. Wie begreift die Bundesregierung ihre Rolle bei der Umsetzung?

Gemäß § 291b Abs. 4 SGB V sind die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur dem BMG vorzulegen, das sie, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstoßen, innerhalb eines Monats beanstanden kann; bei der Prüfung der Beschlüsse hat das BMG der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In Ermangelung fristgerecht vorgelegter Beschlüsse zur Testphase hat das BMG die Vorgaben für die Testphase durch die Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte geregelt.

7. Welchen Detaillierungsgrad der Vorgaben durch die Bundesregierung an die mit der Umsetzung Beauftragten hält sie für notwendig und sinnvoll?

Der Detaillierungsgrad der Vorgaben ergibt sich aus der Notwendigkeit, die Telematikinfrastruktur so aufzubauen, dass Interoperabilität, Kompatibilität und das notwendige Sicherheitsniveau ausreichend gewährleistet sind. Die Vorgaben müssen in der Detailtiefe sicherstellen, dass eine sichere Kommunikation zwischen und innerhalb der Sektoren stattfinden kann und die Industrie in der Lage ist, entsprechende Produkte anzubieten. Für die Testphase sind diese Vorgaben durch das BMG in der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte selbst und in den auf der Grundlage dieser Verordnung getroffenen Festlegungen erfolgt. Die vom BMG festgelegten Dokumente sind im Internet unter www.bmg.bund.de/Gesetze und Verordnungen/zur Gesundheit/zur Gesundheitskarte veröffentlicht.

8. Ist geplant, die Vorgaben zu reduzieren und stattdessen die Entscheidungsgremien im Hinblick auf schnelle, effiziente Lösungen zu straffen?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die gemeinsame Selbstverwaltung nach der Testphase die notwendigen Festlegungen selbst treffen wird. Die Bundesregierung wirkt darauf hin, dass die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung die eigenen Entscheidungsstrukturen verbessert. Die Selbstverwaltung hat die Arbeiten hierzu aufgenommen. Ab dem 1. Juli 2008 wird der Spitzenverband Bund anstelle der Spitzenverbände der Krankenkassen Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik werden. Damit verbunden ist eine deutliche Straffung der Entscheidungsstrukturen auf Seiten der Kostenträger.

9. Wie begründet die Bundesregierung, dass mit der elektronischen Versichertenkarte mehr Vorteile als Nachteile für Ärzte und Patienten verbunden sein sollen, und welche Maßnahmen sind geplant, um die Ärzte, ohne die die Anwendung der elektronischen Versichertenkarte in der Praxis äußerst schwierig sein dürfte, von diesen Vorzügen zu überzeugen?

10. Welcher Nutzen (nach Art und Umfang) ist für die Ärzte, die Zahnärzte, die Apotheker, die Krankenhäuser, die Patienten, die Versicherten, die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherer im Einzelnen mit der elektronischen Versichertenkarte verbunden (bitte jeweils getrennt beurteilen)?

Für Patientinnen und Patienten ergeben sich mit der elektronischen Gesundheitskarte Vorteile, insbesondere aufgrund einer besseren und gezielteren Behandlung, weil dem Arzt zusätzliche, u. U. lebensrettende Informationen zur Verfügung stehen. Die Arzneimitteldokumentation gibt einen Überblick über die abgegebenen Arzneimittel. Dadurch können Wechselwirkungen von Arzneimitteln, Arzneimittelunverträglichkeiten oder die Verordnung ungeeigneter Arzneimittel vermieden oder zumindest reduziert werden. Jeder Versicherte kann die über ihn gespeicherten Daten lesen oder sich ausdrucken lassen. Das schafft einen besseren Überblick über den eigenen Gesundheitsstatus. Die Eigenverantwortung und aktive Mitwirkung des Patienten wird gestärkt.

Ärztinnen und Ärzte können einen schnelleren Überblick über den Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten gewinnen. Dies gilt besonders in Notfallsituationen. Außerdem können Arbeitsprozesse in den Praxen und Krankenhäusern optimiert werden. Die Kommunikation der Ärzte untereinander wird verbessert und die Nutzung von Arzneimittelinformationssystemen und Fachdatenbanken erleichtert.

Für Apotheker wird zum einen die Übertragung von Verordnungsdaten durch Vermeidung des Medienbruchs vereinfacht und Abrechnungsprozesse werden erleichtert. Zum anderen können abgegebene Arzneimittel auf Patientenwunsch durch die Apotheker im Rahmen der Arzneimitteldokumentation erfasst werden. Als Heilberufler können sie diese wertvollen Informationen im Rahmen ihrer Beratung bei der Abgabe verordneter Arzneimittel sowie im Rahmen der Selbstmedikation nutzen. Auf Wunsch des Versicherten erhält der Apotheker grundsätzlich auch die Möglichkeit, Arzneimittelrisiken durch Informationen über Arzneimittelunverträglichkeiten, Allergien und besondere Lebensumstände (zum Beispiel Schwangerschaft) zu erkennen und in seine Beratung einzubringen.

Auch die Krankenkassen haben einen Nutzen von der Einführung der Gesundheitskarte. Eine qualitativ bessere Behandlung und die Verringerung von Arzneimittelwechselwirkungen sowie verstärkte Berücksichtigung von individuellen Arzneimittelrisiken führen auch zu Kosteneinsparungen. Darüber hinaus

können das Lichtbild und die Aktualisierung der administrativen Daten des Versicherten bei den gesetzlichen Krankenkassen besser als bisher die unberechtigte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verhindern.

Die Leistungserbringerorganisationen und die Spitzenverbände der Krankenkassen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik und insoweit bei den inhaltlichen und organisatorischen Maßnahmen und Entscheidungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligt. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben eigene Internetauftritte zur Information ihrer Ärzte. Auch die Bundesärztekammer informiert Ärzte insbesondere über die Einführung des elektronischen Heilberufsausweises. Ebenfalls stellen die anderen Leistungserbringerorganisationen Informationen für ihre Mitglieder zur Verfügung. Einige Kassen führen Ausschreibungen für Akzeptanzmaßnamen durch. Damit werden die Voraussetzungen geschaffen, dass auch Versicherte zielgruppenspezifisch informiert werden können.

11. Wie sieht die Beurteilung der Gegenüberstellung der Kosten und Nutzen nach Ansicht der Bundesregierung aus, wenn die elektronische Patientenakte als Grundlage für den Informationsaustausch zwischen den Behandlern nicht genutzt werden kann, weil der Patient aus datenschutzrechtlichen Gründen Angaben löschen oder ändern kann?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die freiwilligen medizinischen Daten genutzt werden und gerade die Versicherten selbst ein großes Interesse an der Vollständigkeit haben.

Sie können auch dann genutzt werden, wenn sie unvollständig sind. Auch derzeit sind die Daten, die den Behandlern von den Patienten zur Verfügung gestellt werden, häufig nicht vollständig. Dies liegt oft daran, dass dem Patienten die genaue Bezeichnung von Diagnosen oder von eingenommenen Arzneimitteln nicht bekannt ist oder dass er sich daran nicht erinnern kann. Deshalb wird die Gesundheitskarte dazu beitragen, dass der Versicherte den Behandlern mehr und qualitativ bessere Informationen zur Verfügung stellen kann als bisher.

12. Wie lange dauert der Einlesevorgang der Gesundheitskarte?

    Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, ob die Nutzung der Gesundheitskarte den administrativen Ablauf in den Arztpraxen, speziell die Anmeldung an der Rezeption, verzögert und damit insbesondere zu Beginn eines Quartals zu großen Problemen führen kann?

Die technischen Komponenten, wie Gesundheitskarte und Kartenlesegerät, werden im Labor intensiv getestet, von den Herstellern ständig weiterentwickelt und für das Zusammenspiel optimiert. Bislang ermittelte Einlesevorgänge sind daher noch herstellerabhängig und nicht endgültig bewertbar. Es hat sich gezeigt, dass bei entsprechendem technischem Entwicklungsstand der Komponenten das Einlesen der Versichertendaten bei der elektronischen Gesundheitskarte gegenüber der Krankenversichertenkarte nicht verzögert ist.

13. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass die Patienten aufgrund der elektronischen Gesundheitskarte mit einer längeren Wartezeit in den Arztpraxen rechnen müssen, bzw. müssen die Arztpraxen zur Verarbeitung über die Gesundheitskarte ggf. mehr Personal einstellen?

Es ist davon auszugehen, dass für Patienten aufgrund der elektronischen Gesundheitskarte keine längeren Wartezeiten entstehen und dass die Arbeitsprozesse in den Arztpraxen optimiert werden.

14. Welche Kosten kommen durch die Einführung der Gesundheitskarte auf die Krankenkassen zu (Ausstellung und Bearbeitung der Gesundheitskarten etc.)?

15. Welche Kosten kommen durch die Einführung der Gesundheitskarte auf die Leistungserbringer zu (Hardware zum Auslesen der Karten, Aktualisierungen der Software, Schulungen von Mitarbeitern etc.)?

Der im Jahr 2004 vorgelegte Planungsauftrag (http://www.pkv.de/telematik/Projektdokument%20Planungsauftrag%20final.pdf), der im Auftrag der Organisationen der Selbstverwaltung von den Firmen IBM Business Consulting Services und Orga Kartensysteme GmbH durchgeführt wurde, beziffert die Kosten für den Aufbau der Telematikinfrastruktur auf bis zu 1,4 Mrd. Euro sowie die jährlichen Betriebskosten zwischen 120,0 bis 147,9 Mio. Euro. Diesen Kosten wird ein jährliches Nutzenpotential von ca. 520 Mio. Euro gegenübergestellt.

Die den Krankenkassen für die Ausgabe und Produktion der elektronischen Gesundheitskarten entstehenden Kosten werden im Rahmen des Planungsauftrages auf rd. 669 Mio. Euro beziffert. Dabei werden Preise für die Karten in Kostenbandbreiten von 5,00 Euro bis 10,00 Euro angenommen. Aufgrund der von einzelnen Krankenkassen zwischenzeitlich abgeschlossenen Ausschreibungen für elektronische Gesundheitskarten ist davon auszugehen, dass der tatsächlich Marktpreis deutlich unterhalb der im Planungsauftrag angenommenen unteren Bandbreite liegen wird, so dass zu erwarten ist, dass die den Krankenkassen zuzurechnenden Kosten für die elektronische Gesundheitskarte real unter den im Jahr 2004 vorgelegten Ergebnissen des Planungsauftrags liegen werden.

Hinsichtlich der Kosten für Schulungen und Installationen bei den Leistungserbringern weist der Planungsauftrag einen Wert von insgesamt 89,5 Mio. Euro aus; dieser Betrag ist Bestandteil der oben dargestellten Gesamtkosten.

16. Teilt die Bundesregierung die Auffassung in dem Gutachten von Booz/Allen/Hamilton für die Gematik von Juli 2006, dass in den ersten zehn Jahren nach Einführung mit Kosten für die elektronische Versichertenkarte in Höhe von zwischen 9,5 und 13,6 Mrd. Euro zu rechnen sei und die Amortisation der entstehenden Kosten innerhalb dieser Zeit nur erreichbar sei, wenn auch die freiwilligen Anwendungen wie die elektronische Patientenakte flächendeckend zur Anwendung kämen?

Die Aussagen zur Höhe der Kosten in dem Gutachten von Booz-Allen-Hamilton, das in der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik keine Mehrheit gefunden hat, werden von der Bundesregierung nicht geteilt. Vertreter der Kostenträger haben darüber hinaus im Beirat der Gesellschaft für Telematik ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kosten-Nutzen-Analyse inhaltlich nicht akzeptiert werde, sondern lediglich ein praktikables „Tool“ sei, mit dessen Hilfe man eigene Berechnungen durchführen könne.

Während der von den Spitzenorganisationen im Jahr 2004 vorgelegte Planungsauftrag das Ziel hatte, objektivierte Umsetzungsplanungen zu ermöglichen, sollte mit der vorgelegten Kosten-Nutzen-Analyse das Ziel verfolgt werden, bei den beteiligten Krankenkassen und Leistungserbringern jeweilig entstehende Kosten mit jeweilig entstehenden Nutzen zu verrechnen und Grundlagen für zu verhandelnde Telematikaufschläge zu schaffen, mit dem der festgestellte Mehrbedarf abgegolten werden sollte. Die Zweckbestimmung der Kosten-Nutzen-Analyse hatte die Darstellung hoher Aufwände begünstigt und ist daher als Ausgangsposition für die zwischen den Organisationen der Selbstverwaltung zu treffende Finanzierungsvereinbarung, nicht jedoch als abschließende und belastbare Planungsgrundlage zu bewerten.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass zwischen den beteiligten Organisationen der Selbstverwaltung auf Basis tatsächlicher Marktpreise abgeschlossene Verhandlungen unter Berücksichtigung der seit der Erstellung der Kosten-Nutzen-Analyse erheblich fortgeschrittenen Spezifikationen für die freiwilligen Anwendungen des Notfalldatensatzes, der Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung und der weiteren freiwilligen Anwendungen des elektronischen Arztbriefes als auch der elektronischen Patientenakte dazu führen werden, dass die Amortisationszeiträume deutlich vor der in der Kosten-Nutzen-Analyse genannten Zeitpunkten liegen werden.

17. Darf sich der Arzt (auch haftungsrechtlich) auf die Vollständigkeit der elektronischen Patientenakte verlassen oder muss er bei möglicher Gefahr die Daten neu erheben, weil der Patient berechtigt ist, Daten aus der elektronischen Patientenakte spurlos zu löschen?

    Gibt es ein Warnsystem für den Arzt, wenn der Patient von diesem Recht Gebrauch gemacht hat?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 11 dargestellt, kann sich auch derzeit ein Arzt nicht auf die Vollständigkeit der Informationen eines Patienten verlassen und muss eigene Anamnesen durchführen. Wenn Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte nicht vorhanden sind, kann dies beispielsweise auch die Ursache haben, dass Befunde bisher nicht erhoben wurden. Werden Befunde in einer elektronischen Patientenakte dokumentiert, so sollen sie durch den Arzt qualifiziert signiert werden. Bei Befunden, die qualifiziert signiert sind, kann sich ein nachbehandelnder Arzt darauf verlassen, dass diese nicht zwischenzeitlich verfälscht oder einzelne Daten gelöscht wurden, er kann aber nie von der Vollständigkeit der Akten ausgehen. Er kann allerdings aufgrund der vorgefundenen Befunde sehr viel zielgerichteter behandeln.

18. Wie steht die Bundesregierung zu der Auffassung, dass die Arzneimittelverordnung in Papierform heute mit einer sehr geringen Fehlerquote funktioniert und deshalb nicht nachvollziehbar sei, dass das E-Rezept im Gegensatz zu anderen Anwendungen umgehend und als Pflichtanwendung umgesetzt werden muss?

Untersuchungen der Apothekerschaft im Rahmen einer bundesweiten Aktionswoche im Frühjahr 2005 in 1 146 teilnehmenden Apotheken mit 10 427 dokumentierten arzneimittelbezogenen Problemen hat ergeben, dass ca. 8 Prozent der Verschreibungen als unleserlich ausgefüllt bzw. unvollständig eingestuft wurden. Neben weiteren Problemen – wie fehlender Angabe der Stärke eines Arzneimittels – sind solche Probleme durch elektronisch gestützte Arzneimittelverordnungen sowie durch Einsatz von Arzneimittelinformationssystemen zukünftig leichter zu vermeiden. Mit der Realisierung des elektronischen Rezeptes wird neben der Vermeidung von Medienbrüchen ebenfalls die für die

weiteren Anwendungen der Telematik-Plattform notwendige Infrastruktur aufgebaut. Dieses Vorgehen greift zudem die Ergebnisse des von den Organisationen der Selbstverwaltung gegründeten „Aktionsforums für Telematik im Gesundheitswesen“ auf, das vorgeschlagen hatte, das elektronische Rezept als erste Anwendung zu realisieren.

19. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass es bei den jetzt angelaufenen Feldtests wegen unzureichender Informationen der Anwender und Versicherten zu Problemen gekommen ist, und wie soll gewährleistet werden, dass diese Fehler bei den noch anlaufenden Feldtests vermieden werden?

Es ist der Bundesregierung nicht bekannt, dass bei den jetzt angelaufenen Feldtests wegen unzureichender Informationen der Anwender und Versicherten Probleme aufgetaucht sind. Um die Information der Beteiligten weiter auszubauen, haben sowohl die Gesellschaft für Telematik als auch die Testregionen Maßnahmen ergriffen. Die Bundesregierung unterstützt sie dabei durch die Zurverfügungstellung von Informationsmaterialien sowie durch Informationen im Internet.

20. Wann ist damit zu rechnen, dass die restlichen Feldtests anlaufen werden?

Die Feldtests in den weiteren Testregionen werden ab Sommer 2007 beginnen.

21. Wann wird in den Testregionen der Online-Zugriff möglich sein?

Nach den Planungen der Gesellschaft für Telematik sollen die Musterumgebungen mit Online-Fähigkeiten voraussichtlich bis Mitte Juli 2007 an die Testregionen ausgeliefert und einsatzbereit installiert sein. Die Anwendertests sollen sich unmittelbar daran anschließen.

22. Wann werden die Vorbereitungsarbeiten zur flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte bei den Krankenkassen (Erstellung der Karten inklusive Lichtbild, Versand der PIN-Nummern etc.) und bei den Leistungserbringern (Anpassung bzw. Anschaffung der PCs und Lesegeräte sowie der Software etc.) endgültig abgeschlossen sein, und wann wird die flächendeckende Einführung erfolgt sein?

Die Gesellschaft für Telematik plant noch im Jahr 2007 elektronische Gesundheitskarten für die industrielle Massenproduktion freizugeben. Damit sind die technischen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Krankenkassen ihre Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten in einem gestuften Einführungsprozess ausstatten können.

23. Ist durch entsprechende Zeitpuffer sichergestellt, dass die bei den Testläufen gewonnenen Erkenntnisse systematisch ausgewertet und eventuell hieraus zu ziehende Konsequenzen gezogen werden können?

Die bei Testläufen gewonnenen Erkenntnisse werden systematisch ausgewertet. In § 5 Abs. 6 der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist geregelt, dass die Gesellschaft für Telematik darauf hinzuwirken hat, dass nach der dritten Stufe der Tests dezentrale

Hardwarekomponenten nicht mehr auszutauschen und Geschäftsprozesse weitgehend nicht mehr zu verändern sind. Dies wird u. a. dadurch sichergestellt, dass die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur von der Gesellschaft für Telematik zuzulassen sind.

24. Hält die Bundesregierung es für akzeptabel, von den Zehntausender-Feldtests sofort zum flächendeckenden Roll-Out in bestimmten Regionen überzugehen, ohne dass die eigentlich vorgesehenen Hunderttausender-Feldtests durchgeführt werden, und für wie wahrscheinlich hält sie ein solches Vorgehen?

Auf die Antwort zu Frage 23 wird verwiesen. Sowohl für die Hunderttausender-Tests als auch für den Roll out müssen die Komponenten endgültig zugelassen und damit für die industrielle Massenproduktion freigegeben sein. Insoweit bestehen bei den Komponenten keine Unterschiede zwischen Hunderttausender-Test und Roll out.

25. Wie ist die Finanzierung in den Testregionen geregelt, und wie sieht die Regelung für die flächendeckende Einführung aus?

Die Finanzierung in den Testregionen ist auf der Grundlage von § 8 der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte geregelt. Auf dieser Basis hat die Gesellschaft für Telematik für die Zehntausender-Testregionen sowohl die Pauschalen beschlossen, die die am Test teilnehmenden Leistungserbringer für Ausstattung und Zusatzaufwand erhalten als auch die Finanzierung der Projektbüros in den Testregionen geregelt. Danach bekommen Ärzte und Apotheker für die Erstbeschaffung von Komponenten (wie z. B. Kartenlesegerät, Anschluss an Praxisverwaltungssystem) eine Pauschale in Höhe von je 3 000 Euro. Zur Abgeltung der besonderen Aufwendungen im Rahmen der Testmaßnahmen, z. B. für Schulungsmaßnahmen, Software-Updates, Verbindungskosten, Information der Patienten, wird darüber hinaus eine Zuschlagspauschale in Höhe von 3 200 Euro je teilnehmendem Arzt und 2 750 Euro je teilnehmender Apotheke gezahlt. Die teilnehmenden Krankenhäuser erhalten maximal 28 000 Euro je Krankenhaus für die Ausstattungskosten und 28 000 Euro pro Krankenhaus zur Abgeltung des Zusatzaufwandes. Die Testregionen erhalten darüber hinaus zur Finanzierung ihrer Projektbüros für die Dauer von 12 Monaten einen Betrag von ca. 40 400 Euro monatlich. In den Testregionen Flensburg und Löbau-Zittau, die derzeit Tests mit mulitfunktionalen Kartenterminals durchführen, erhalten Ärzte außerdem eine Pauschale für Anschaffung (soweit erforderlich) und Anpassung dieser Geräte (zwischen 500 Euro und 750 Euro).

Die zwischen den Organisationen der Selbstverwaltung getroffene Vereinbarung über die Eckpunkte der Finanzierung der Maßnahmen nach § 291a SGB V sieht für die flächendeckende Einführung vor, dass die Leistungserbringer zum Ausgleich der telematikbedingten Kosten transaktionsbezogene Vergütungszuschläge erhalten. In jeweils bilateralen Vereinbarungen vereinbaren die Krankenkassen die Vergütungszuschläge mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie dem Deutschen Apotheker Verband.

26. Wie erklärt sich die Bundesregierung den wachsenden Widerstand gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und den Ausstieg einzelner Testregionen?

In Abstimmung mit den Ländern wurden 8 Testregionen zur Testung der elektronischen Gesundheitskarte ausgewählt. Dies sind: Bochum-Essen (Nordrhein-Westfalen), Bremen, Flensburg (Schleswig-Holstein), Heilbronn (Baden-Württemberg), Ingolstadt (Bayern), Löbau-Zittau (Sachsen), Trier (Rheinland-Pfalz) und Wolfsburg (Niedersachsen). Bremen hat im Nachgang erklärt, an den Testmaßnahmen nicht teilzunehmen. Die Krankenkassen, die Leistungserbringerorganisationen sowie die Patientenorganisationen unterstützen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Soweit einzelne Gruppen von Leistungserbringern gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte argumentieren, hängt dies häufig mit den bisher noch nicht festgelegten Finanzierungsregelungen für den Echtbetrieb zusammen. Die zuständigen Gremien der Selbstverwaltung haben zur Klärung der Finanzierungsfragen die Beratungen aufgenommen.

27. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auffassung mancher Kritiker, dass die elektronische Gesundheitskarte nur eine marginale Informationsverbesserung bewirke, die Karte ein Schritt in Richtung gläserner Patient sei und die tatsächlichen Kosten nicht offengelegt würden?

Die Auffassung dieser Kritiker ist nicht zutreffend, wie bereits in den Antworten zu den Fragen 9, 10 und 18 dargelegt wurde. Die Argumentation, dass die Gesundheitskarte ein Schritt in Richtung gläserner Patient sei, ist ebenfalls unzutreffend. Es ist gesetzlich im SGB V geregelt, dass die Speicherung und der Zugriff auf die medizinischen Daten nur mit Zustimmung des Patienten erfolgt. Die Ausführung dieser Bestimmungen wird insbesondere durch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit detailliert überwacht. Die Kosten der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte aus dem von der Selbstverwaltung gemeinsam getragenen Planungsauftrag sind im Internet unter (http://www.pkv.de/telematik/Projektdokument%20Planungsauftrag%20final.pdf) veröffentlicht. Die in der Presse häufig erwähnte Studie von Booz-Allen-Hamilton, die im Auftrag der Gesellschaft für Telematik erstellt wurde, hat in der Gesellschafterversammlung keine Mehrheit gefunden.

28. Handelt es sich bei der Vergabe der im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte zu bewältigenden Aufgaben – wie etwa im Fall der Anbindung der Leistungserbringer an die Telematik-Infrastruktur – um ein Konzessionsmodell oder kann sich jeder Anbieter, der die Bedingungen der Ausschreibung erfüllt, an der Erbringung dieser Leistungen beteiligen?

Der Betrieb der Telematikinfrastruktur ist für die Testphase in den §§ 5a und 9 der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und für die sich anschließende Echtbetriebsphase in § 291b Abs. 1b und 1c SGB V geregelt.

Wesentliche Inhalte dieser Bestimmungen sind:

1. Operative Betriebsleistungen dürfen nicht durch die Gesellschaft für Telematik oder die von ihr nach § 291b Abs. 1 Satz 4 SGB V Beauftragten selbst, sondern durch am Markt Tätige (Anbieter) erbracht werden.

2. Die Gesellschaft für Telematik bzw. die Beauftragten haben hierzu Aufträge zu vergeben oder Anbieter mit ihren Leistungen nach einem transparenten und diskriminierungsfreien wettbewerbsgerechten Verfahren zum Betrieb zuzulassen. Für die Auftragsvergabe finden die Vorschriften über die Vergabe öffentlicher Aufträge Anwendung.

Spätestens ab dem 1. Januar 2009 ist allein die Durchführung von Zulassungsverfahren zulässig. Anspruch auf Zulassung besteht, wenn die in § 291b Abs. 1b SGB V genannten Voraussetzungen vorliegen.

29. Wie soll angesichts der zukünftig geplanten Digitalisierung krankheitsrelevanter Werte und deren eventueller Übertragung – ggf. auch über mobile Endgeräte – sichergestellt werden, dass die Daten nach der Übertragung jeweils gelöscht werden?

Eine Digitalisierung krankheitsrelevanter Daten findet auch derzeit bereits in großem Umfang statt. Die Löschung der Daten hängt von der jeweiligen Anwendung ab. Wenn es sich um digitale Daten der Dokumentation eines Leistungserbringers handelt, richtet sich die Löschung der Daten insbesondere nach den berufsrechtlichen Regelungen.

30. Wie wird sichergestellt, dass die ggf. zukünftig auf der Gesundheitskarte gesicherten Daten bei einer Übertragung – ggf. über die Server eines Mobilfunkbetreibers – nicht unrechtmäßig empfangen und ausgelesen werden können?

Bei Nutzung von öffentlichen Netzen zum Datentransfer kommen verschlüsselte Kanäle zum Einsatz. Neben der Transportverschlüsselung sind die Daten darüber hinaus auch mit dem geheimen Schlüssel des Gesundheitskarteninhabers verschlüsselt. Ein Dritter kann daher die verschlüsselten Daten nicht einsehen. Die Sicherheitsstandards für die Verschlüsselung basieren auf der Mitarbeit und den technischen Richtlinien sowie Prüfvorschriften des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik.

31. Wie beurteilt die Bundesregierung die vom so genannten Broker-Konzept in Verbindung mit den so genannten Treuhänderdiensten ausgehende Gefahr, dass ein technischer Bypass organisiert und der Inhalt der verschlüsselten Daten Dritten zugänglich gemacht wird, indem weitere Hybrid-Keys erzeugt und die Auditfunktion umgangen oder abgeschaltet oder ein Auditeintrag wieder gelöscht wird, und hat nach Ansicht der Bundesregierung die Erzeugbarkeit von HybridKeys außerhalb der Vertrauenssphäre des Versicherten Vorrang, um im Falle des Verlustes einer elektronischen Gesundheitskarte Recovery-Maßnahmen vornehmen zu können, so dass die Treuhänderfunktion als Pflicht und nicht als Option eingeräumt wird, und wie sollen bei der Optionslösung die Daten bei Verlust wieder hergestellt werden?

Die in der Frage geschilderten Angriffsszenarien werden von Fachleuten des BSI und der Gesellschaft für Telematik in ihren technischen Einzelheiten diskutiert und bei etwaigen Schwächen im Rahmen einer Schwachstellen- und Risikoanalyse durch geeignete technische und organisatorische Mittel behoben.

32. Wie werden die Mitarbeiter der Krankenkassen, der niedergelassenen Ärzte, der Zahnärzte, der Apotheken und der Krankenhäuser auf den richtigen Umgang mit der Gesundheitskarte und den darauf enthaltenen persönlichen Daten vorbereitet und geschult?

    Wenn eine Schulung stattfindet, wann soll damit begonnen werden, und wie sieht der Zeitplan aus?

Die Mitarbeiter der Krankenkassen, der niedergelassenen Ärzte, der Zahnärzte, der Apotheker und der Krankenhäuser werden von ihren jeweiligen Arbeitgebern und auch von den Verbänden auf den richtigen Umgang mit der Gesundheitskarte vorbereitet. Um den Umgang der Beteiligten mit der Gesundheitskarte zu erleichtern, wird die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte hinsichtlich der Anwendungen schrittweise stattfinden, sodass die Nutzer sich auch Schritt für Schritt mit der neuen Technik vertraut machen können.

33. Welche Vorbereitungen trifft die Bundesregierung, um Versicherte und Patienten von den Vorzügen der elektronischen Gesundheitskarte, insbesondere den freiwilligen Anwendungen zu überzeugen?

Es ist gesetzliche Aufgabe der Krankenkassen, die Versicherten umfassend über die Funktionalitäten der elektronischen Gesundheitskarte zu informieren. Darüber hinaus informiert die Bundesregierung insbesondere durch Broschüren und Internetauftritte über alle Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte.

34. Bei wie vielen Versicherten rechnet die Bundesregierung damit, dass sie die freiwilligen Anwendungen freigeben und nutzen werden?

Erfahrungen mit Gesundheitspässen in Papierform haben gezeigt, dass Patienten auf Grund der oben genannten Vorteile eine große Bereitschaft haben, an den Möglichkeiten zur Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit mitzuwirken. Gerade chronisch kranke Patienten sehen die effiziente Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen als Chance für eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Behandlung. Schon jetzt vorliegende Umfragen zur Akzeptanz der elektronischen Gesundheitskarte zeigen, dass der überwiegende Teil der Versicherten das Vorhaben ebenfalls positiv einschätzt.

35. Plant die Bundesregierung, die freiwilligen Anwendungen bei mangelnder Bereitschaft zur Annahme verpflichtend zu machen bzw. über finanzielle Anreize oder Sanktionen den Kreis der Nutzer zu erweitern?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Versicherten im Hinblick auf den hohen Nutzen der freiwilligen Anwendungen diese auch nutzen werden. Eine verpflichtende Nutzung dieser Anwendungen der Gesundheitskarte ist nicht geplant.

36. Wie wird sichergestellt, dass auch Menschen, die durch die Begleitumstände der eGK wie z. B. die Notwendigkeit der Eingabe einer PIN-Nummer überfordert sind, dennoch medizinisch versorgt werden?

Es ist sichergestellt, dass auch Patienten ohne Eingabe einer PIN-Nummer medizinisch versorgt werden. Sowohl die administrativen Daten als auch die Notfalldaten sind ohne PIN-Eingabe einsehbar. Darüber hinaus werden für Personengruppen, die nicht in der Lage sind, eine PIN-Nummer einzugeben,

organisatorische und technische Maßnahmen ergriffen, dass sie ebenfalls die freiwilligen Daten der Gesundheitskarte nutzen können.

37. Werden Sicherheitsmerkmale zur Identifizierung des Karteninhabers aufgebracht?

    Sollen auch – ggf. zu einem späteren Zeitpunkt nach der Einführung – biometrische Merkmale zur Identifizierung des Karteninhabers elektronisch auslesbar sein und müssen diese daher den Kriterien der elektronischen Reisepässe und Personalausweise entsprechen?

Zur Identifizierung des Karteninhabers dienen aufgebrachte Passbilder. Bei der Nutzung der medizinischen Daten authentisiert sich der Karteninhaber gegenüber seiner Karte zusätzlich mit einer PIN. Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine biometrischen Merkmale für die Gesundheitskarte vorgesehen.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333